

Travail exécuté dans la Clinique de M. le Professeur GOSSET

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

287

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Magdeleine de LARNAGE

Née à Mézières-les-Cléry (Loiret), le 25 juillet 1882

L'ANTIVIRUSTHÉRAPIE

EN

GYNÉCOLOGIE

Président : M. GOSSET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

Travail exécuté dans la Clinique de M. le Professeur GOSSET

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Magdeleine de LARNAGE

Née à Mézières-les-Cléry (Loiret), le 28 juillet 1882

L'ANTIVIRUSTHÉRAPIE

EN

GYNÉCOLOGIE

Président : M. GOSSET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

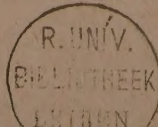
15, RUE RACINE, 15

—
1931

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique,
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU. . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale
 SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT.	
LEDoux-LEBARD.	
WEILL-HALLÉ.	
	Stomatologie,
	Education physique.
	Radiologie clinique
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOSSET

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière
Grand Officier de la Légion d'honneur

*En témoignage de notre respectueuse
gratitude pour l'accueil bienveillant que
nous avons reçu dans son service et
pour le grand honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MME LE DOCTEUR FRANCILLON-LOBRE

Chef de la Consultation de Gynécologie de la Salpêtrière

Qui, depuis deux ans, a bien voulu nous prodiguer ses conseils, nous inspirer l'idée de ce travail et nous donner des observations inédites. Qu'elle veuille bien trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance pour la sympathie et la bonté qu'elle nous a toujours témoignées.

A M. LE DOCTEUR E. WALLON

Assistant de Curiethérapie à la Salpêtrière

Qui voulut bien orienter nos hésitations au début de ce travail et nous mit en relation avec Mlle A. Bass.

A M. LE PROFESSEUR BESREDKA

de l'Institut Pasteur

En témoignage de notre vive reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a autorisée, au cours de cette modeste étude, à nous inspirer de ses magnifiques travaux qui ont développé en nous le goût de la science et des recherches scientifiques.

« Tout virus a sa cellule, toute cellule, son immunité. »

A Mlle LE DOCTEUR A. BASS

Assistante du Professeur Besredka

Grâce à laquelle nous avons pu, durant plus d'une année étudier et appliquer une thérapeutique dont notre travail s'efforcera de démontrer la valeur.

Nous la remercions très affectueusement d'avoir bien voulu guider nos efforts avec tant de bonne grâce et de dévouement.

A NOS MAÎTRES PENDANT LA GUERRE 1914-1918
ET A L'INSTITUTION NATIONALE DES INVALIDES 1919-1929

M. LE DOCTEUR R. PROUST

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Laennec
Chirurgien consultant de la X^e armée
Médecin-chef de l'Auto-Chir 17

M. LE DOCTEUR L. DE GENNES

Médecin des Hôpitaux
Médecin-major aux Armées

M. LE DOCTEUR A. MAURER

Chirurgien des Hôpitaux
Médecin-major aux Armées

M. LE DOCTEUR L. PORTES

Accoucheur des Hôpitaux
Médecin-major aux Armées

M. LE DOCTEUR J. ROLLAND

Chef de Laboratoire à l'Hôpital Laennec
Médecin-major aux Armées

M. LE DOCTEUR VIANNEY

Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne
Médecin-chef de l'Equipe chirurgicale volante, n° 2

M. LE DOCTEUR G. JEANNENEY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chirurgien des Hôpitaux
Médecin-major aux Armées. Amb. 13/17

M. LE DOCTEUR DI CHIARA

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine
Chirurgien aux Armées. Amb. 12/4

A LA MÉMOIRE DE M^{me} LE D^r DÉJERINE

Ancien interne des Hôpitaux

Médecin traitant à l'Institution Nationale des Invalides

A M. LE DOCTEUR GERBAUX

Médecin principal de première classe

Médecin chef de l'Institution Nationale des Invalides

A M. LE DOCTEUR REGNARD

Ancien chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine

Médecin traitant à l'Institution Nationale des Invalides

A M. LE DOCTEUR DIDIER

Chirurgien de l'Hôpital Péan

et de l'Institution Nationale des Invalides

A NOS MAÎTRES, ET AUSSI A NOS CHERS BLESSÉS

ET MALADES

*Qui nous ont appris,
Les uns, la joie de soulager ;
Les autres, la douceur de les assister
dans leurs souffrances.*

Nous adressons, au seuil d'une nouvelle voie, une pensée très émue, très reconnaissante et très affectueuse dans le souvenir d'heures qui ne s'oublient pas.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur Honoraire à la Faculté de Médecine
Médecin Honoraire des Hôpitaux

A M. LE PROFESSEUR AUVRAY

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur honoraire de la Faculté de Médecine
Chirurgien Honoraire des Hôpitaux

A M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine

A M. LE PROFESSEUR LEREBoullet

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la première enfance
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés

A M. LE DOCTEUR CLAISSE

Médecin des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR DARRE

Médecin des Hôpitaux

*En témoignage de nos sentiments de vive reconnaissance
pour la bienveillance avec laquelle ils nous ont accueilli
au cours de nos études.*

L'ANTIVIRUSTHÉRAPIE

EN

GYNÉCOLOGIE

INTRODUCTION

Parmi les nombreux traitements employés pour la guérison des affections génitales de la femme, d'origine blennorragique on a tenté pendant ces dernières années différentes méthodes vaccinales qui ont attiré notre attention et à l'étude desquelles nous nous sommes consacrée.

Nous avons spécialement étudié les vaccins préparés d'après la méthode du professeur Besredka par Mlle A. Bass, son assistante.

Nous sommes tout particulièrement reconnaissante à M. le Professeur Besredka d'avoir bien voulu nous donner l'encouragement de son approbation au cours de ce travail.

Nous prions Mlle le Dr A. Bass d'accepter toute notre gratitude pour la bienveillance et la générosité avec lesquelles elle a mis ses vaccins à notre disposition pour le plus grand bien des malades qui nous étaient confiées.

L'accueil sympathique que nous avons trouvé à la

consultation de M. le Professeur Gosset nous a permis de suivre pendant plusieurs mois un nombre important de malades dont la guérison nous paraît suffisante pour affirmer le succès de la méthode.

Nous exprimons à Mme le Dr Francillon-Lobre et à Mlle le Dr Palisse, son assistante, notre vive reconnaissance pour les indications précieuses et les facilités qu'elles ont bien voulu nous donner pour mener à bien cette étude.

AVANT-PROPOS

L'origine des maladies, l'infection, la notion du microbe, du virus, et enfin l'immunité ont toujours passionné l'humanité.

Depuis une dizaine d'années, l'emploi dans la thérapeutique médicale de virus, de microbes ou de substances dérivées de ceux-ci s'est considérablement étendu.

La découverte de la phagocytose, puis celle de la sérothérapie firent tout d'abord attribuer au sang toutes les réactions de l'organisme, soit dans l'infection soit dans l'immunité, et la vaccinothérapie pratiquée par voie sanguine ou sous-cutanée fut basée sur la production d'anticorps prenant naissance dans le sang sous l'influence du vaccin.

Les très belles découvertes et les travaux du professeur Besredka ouvrirent un processus nouveau et firent abandonner cette théorie de Wright sur les anticorps, fixant le rôle primordial dévolu au filtrat dans la production de l'immunité locale en vertu de laquelle chaque groupe de cellules est susceptible de s'immuniser pour son propre compte.

En s'inspirant de ces recherches pour pratiquer la vaccinothérapie locale, on s'est, en effet aperçu, qu'en renforçant les cellules réceptives par des vaccins appliqués localement, on se rend plus aisément maître des infections qu'en mettant en œuvre la vaccinothérapie générale.

De là une nouvelle variété de vaccins applicables sur la peau ou dans la peau.

Le bouillon dans lequel a végété un microbe devient impropre à la culture de celui-ci et renferme après filtration, les produits de déchet du microbe.

Cette substance, anti-virus, dont on ne connaît pas la nature, ne s'altère pas et garde ses propriétés malgré le temps, malgré la stérilisation. Elle est, selon Besredka, la somme hypothétique des propriétés immunisantes et réfractaires d'un filtrat de vieille culture résistant à la température de 120°, tout en conservant une activité spécifique. En applications locales, ce bouillon filtré ou « vacciné » — puisque le microbe n'y pousse plus — peut entraver la pullulation locale du microbe pathogène et déterminer un état de résistance de la peau.

L'action des anti-virus est essentiellement élective spécifique et directe et elle est limitée aux cellules réceptives avec lesquelles ils viennent en contact. « Tout virus a sa cellule et toute cellule, son immunité ».

Mais bien que locale, l'immunisation par anti-virus peut donner lieu à l'immunité générale.

Le vaccin selon le principe de Besredka doit suivre le chemin même que le microbe emprunte lorsqu'il provoque la maladie.

Il faut également tenir compte des conditions dans lesquelles les microbes vivent dans l'organisme pour la sélection des souches devant servir à la préparation des anti-virus.

La vaccination locale en gynécologie.

Dans le traitement des suppurations, la seule thérapeutique efficace semble être celle qui permet d'extérioriser et de stériliser les microbes pullulant dans la profondeur de la muqueuse et qui épargne les éléments cellulaires, rendus d'autant plus fragiles par une suppuration aiguë ou ancienne.

La méthode antiseptique ne peut réaliser cet idéal car elle n'est pas spécifique : elle est traumatisante, non diffusible, et l'antiseptique en raison de la faible concentration à laquelle on peut l'employer au niveau de la muqueuse vaccine le microbe au lieu de le tuer.

La méthode vaccinale au contraire est spécifique et diffusible.

L'anti-virus par suite de son hypertonicité, par rapport aux humeurs agit en profondeur. Loin d'être dangereux pour les muqueuses il est cytophylactique, il redonne un milieu dans lequel les microbes sont incapables de se reproduire. Ce milieu est obtenu par l'immunité naturelle ou acquise des cellules contre les germes les plus virulents qui devenus impuissants se comportent comme des saprophytes permettant

aux globules blancs de faire leur œuvre de saprophytes. Les succès remarquables obtenus au cours des dernières années par l'anti-virusthérapie dans un grand nombre d'infections des yeux, du nez, des oreilles, de la bouche, de l'intestin, des reins, de la peau, furoncles, anthrax, plaies traumatiques infectées ont amené son application à la gonococcie.

II

Diagnostic de la gonococcie chez la femme.

On sait que l'infection gonococcique souvent difficile à dépister est une des plus dévastatrices au point de vue génital et aussi une des plus tenaces ; on sait que les troubles qu'elle provoque ne sont pas seulement locaux, mais généraux et que leur variété, leur multiplicité, leur inconstance égarent souvent le diagnostic.

L'enquête clinique doit donc être faite soigneusement pour préciser la cause microbienne de l'infection. On y arrive généralement assez facilement.

- soit à l'examen d'une jeune fille qui ayant toujours eu des pertes blanches depuis son enfance se plaint de troubles digestifs complexes et d'un état général déficient ;
- soit lorsque les troubles génitaux débutent peu après le mariage chez une jeune femme bien portante jusque-là ;
- soit lorsque la malade exposant des troubles génitaux et généraux révèle des accidents blennorragiques chez l'homme avec lequel elle entretient des rapports.

Corroborant ces anamnestiques, on constate les *signes objectifs* classiques :

L'écoulement leucorrhéique plus ou moins discret blanc jaunâtre ou verdâtre, toujours purulent et en particulier la glaire caractéristique s'échappant de l'orifice du col, col souvent gros, entr'ouvert ; portant une ou plusieurs érosions à contours irréguliers ou de gros bourgeons produits par la prolifération des glandes (kystes de Naboth).

Souvent aussi l'altération du méat urétral.

La coccigodynie symptomatique, douleurs irradiant le long du sacrum et s'étendant même parfois jusqu'aux articulations sacro-iliaques, causées le plus souvent par les lésions des annexes et du paramètre.

Les troubles d'origine digestive, nerveuse, gastralgies, palpitations, et enfin l'altération de l'état général : asthénie, amaigrissement que dénonce l'aspect même de la malade et qui troublent le diagnostic.

L'*examen de laboratoire* peut confirmer l'impression clinique mais la flore microbienne des voies génitales est très abondante et l'agent pathogène causal est souvent difficile à mettre en évidence.

Le diplococcus de Neysser ou gonocoque découvert en 1879 est le microbe pathogène le plus rencontré avec le streptocoque dans l'infection génitale. Il est fréquemment associé aux coli, l'un ayant devancé l'autre et profitant de l'affaiblissement de l'organisme. Il y a dans ce cas une atteinte des fonctions digestives qui peut éclairer le diagnostic.

On peut trouver le gonocoque dans tout l'appareil

génital depuis le vagin jusqu'aux trompes et dans tout le paramètre utérin ; il est essentiellement instable et n'est souvent décelable qu'immédiatement avant ou après les règles en raison du fonctionnement plus intense des glandes à cette période d'activité. Il est essentiellement intermittent et semble quelquefois disparaître alors que les sécrétions cervicales ne se modifient pas.

On ne le trouve vraiment d'une manière constante qu'au début de l'infection blennorragique alors qu'il habite la muqueuse des premières voies génitales c'est-à-dire, la vulve, l'orifice de l'urèthre, le vagin.

C'est là qu'il faudrait pouvoir le localiser dès son apparition afin de s'opposer à son invasion.

Il disparaît souvent complètement à une période avancée de l'infection et est alors remplacé par divers saprophytes provoquant des infections secondaires extrêmement rebelles. Comme les autres espèces microbiennes, il est influencé par le milieu dans lequel il végète. Si ce milieu ne lui est pas favorable, il se déforme et les cocci qui le constituent deviennent symétriques, diminués ou agrandis, se colorant mal et méconnaissables, ce qui rend le diagnostic presque impossible.

En dehors des examens directs classiques, il est bon de recourir à la séro-réaction qui est presque toujours positive lorsqu'il s'agit d'une infection blennorragique, et le demeure même quelque temps après la disparition des symptômes inflammatoires.

Parfois l'action du gonocoque reste limitée à la

muqueuse cervicale, d'autres fois il envahit toute la cavité du corps utérin et provoque de graves lésions annexielles ; complications fréquentes de la métrite blennorragique.

Nous ne nous arrêterons pas à l'origine de cette infection gonococcique, mais signalons que les infections endogènes sont rares et que la gonococcie en particulier est toujours une infection exogène.

En outre de l'origine vénérienne, nombreuses sont les causes qui la favorisent : le manque d'oxygène ou les soins mal pris, les objets de toilette ou instruments malpropres, la contagion scolaire (siège de cabinets d'aisances souillés, etc...)

Il importe donc d'éveiller le souci de cette hygiène surtout lorsqu'un cas de blennorragie a été dépisté dans une famille où il est si fréquent de voir des enfants contaminés par d'inconscientes imprudences et qui, l'orsque les symptômes de l'infection n'apparaissent pas tout de suite, sont un jour ou l'autre porteurs d'une atteinte gonococcique qui a évolué sans fracas et dont on n'a pas pensé à incriminer une origine déjà ancienne (métrite avec poussées de salpingite) dans lesquelles l'examen microscopique ne montre presque jamais le gonocoque causal. Ces affections difficiles à guérir se manifestent par une petite sécrétion persistante et se réveillent souvent sans causes apparentes. Les injections balsamiques antiseptiques sont inefficaces, mais la diathermie associée au traitement par les filtrats donne souvent des résultats satisfaisants, surtout quand l'affection n'est pas trop ancienne.

III

Le vaccin anti-blennorragique A. Bass.

L'hypothèse de l'immunité locale étant admise et la preuve faite que certaines infections sont des processus purement régionaux, il s'est agi de rendre plus facile et plus rapide l'absorption des vaccins en remplaçant les vaccins composés de corps de microbes tués, par des cultures filtrées sur bougies.

Après de belles expériences concluantes du professeur Besredka sur le cobaye, les premiers essais sur l'homme furent faits par Mlle A. Bass, assistante du professeur Besredka à l'Institut Pasteur, dans le service du professeur Hartmann. Chez 80 malades atteints d'affections à staphylocoques et à streptocoques avec localisations cutanées, osseuses, pleurales et péritonéales, cette thérapeutique vaccinale amena la disparition complète des phénomènes inflammatoires.

La culture du gonocoque eût à vaincre de grosses difficultés. Depuis 1922 Mlle Bass s'attachant spécialement à l'étude de cette question obtint des résultats très encourageants et mit au point dernièrement un vaccin expérimenté successivement dans les services hospitaliers de MM. les professeurs Gosset,

Marion, Lecène, Okinezyk, par de nombreux médecins, et grâce auxquels nous avons pu traiter déjà avec succès à la consultation de gynécologie de la Salpêtrière un certain nombre de malades dont les observations ont fait l'objet de ce travail.

IV

Préparation du vaccin Bass.

Mlle A. Bass s'est servi d'abord pour la préparation de son vaccin d'un milieu couramment usité pour la culture du gonocoque, le liquide d'ascite. Mais ce produit de nature pathologique lui donnant quelques scrupules, elle s'est arrêtée à la préparation suivante :

— 3 parties de bouillon Martin simple ou glucosé à 2 p. 1000.

— 1 partie de blanc d'œuf tel qu'il est employé dans le laboratoire du professeur Besredka et auquel elle ajoute parfois une certaine quantité d'hématies ou d'extrait globulaire.

Le gonocoque est alors largement ensemencé dans des ballons à grande surface remplis aux $\frac{2}{3}$ avec du bouillon. Après un court séjour de 48 à 72 heures à l'étuve, il apparaît un léger voile, très fragile, se désagrégeant avec une grande facilité à la moindre agitation. Ce voile tombe après quelques jours au fond du ballon en formant un dépôt épais, jaunâtre, au-dessus duquel le milieu reste opalescent ou trouble.

Pour la sélection des souches nécessaires à la préparation des auto-vaccins le professeur Besredka

recommande de tenir compte des conditions dans lesquelles les microbes vivent dans l'organisme.

Mlle A. Bass s'attache donc à utiliser non seulement celles qui proviennent des gonococcies sévères mais encore des mêmes localisations qu'il s'agit de traiter.

Les cultures sont laissées 1 mois et plus à l'étuve puis portées dans un endroit froid jusqu'à lyse complète des gonocoques; il faut agiter les cultures tous les jours, le blanc d'œuf finit par tomber au fond du ballon. Le liquide surnageant est alors, après contrôle de sa stérilité, réparti en ampoules.

Deux espèces de vaccins peuvent être ainsi obtenus :

Les vaccins *hétérogènes*; constitués par des microbes cultivés provenant de souches quelconques : ce sont les stock-vaccins.

Parmi ceux-ci il faut distinguer les monovalents préparés avec un seul échantillon du même virus et les polyvalents obtenus en mélangeant des microbes d'origine diverses (staphylocoques, streptocoques, pyocyaniques, entérocoques et coli-bacilles).

Les vaccins *autogènes* obtenus aux dépens d'une seule race, qu'on isole du malade à traiter et qu'on appelle couramment auto-vaccins.

V

Mode d'emploi du vaccin Bass

La technique de l'application varie un peu suivant la localisation, mais le principe reste le même : mettre le vaccin au contact de la muqueuse d'une manière continue, joindre à ces pansements si besoin en est, des instillations intra-cervicales et si l'état général de la malade et l'ancienneté de la lésion le nécessite compléter le traitement avec des injections intradermiques de 1/4 à 2 cmc.

Il importe de nettoyer d'abord la muqueuse atteinte au moyen d'un tampon stérile sans aucune solution aseptique ni antiseptique. Dès que les muqueuses vaginales et cervicales sont débarrassées de toute sécrétion et bien nettes, on applique, le spéculum restant en place, une mèche de gaze imbibée de vaccin et qu'il s'agit de tamponner de manière à permettre au vaccin d'imbiber complètement la muqueuse.

On peut renouveler ce pansement deux fois par jour, mais il gagne quelquefois à être laissé en place pendant 48 heures sans interruption ; lorsque le col est très ulcéré il vaut mieux le remplacer toutes les 24 heures.

Lorsque le col est d'aspect normal et que de son

orifice vient sourdre une grosse goutte gélatiniforme, signe très spécial de la gonococcie, il faut après un nettoyage soigneux au porte-tampon, faire prudemment à l'aide d'une petite sonde urétrale en verre et d'une seringue, une instillation intra-cervicale de 2 cmc. environ de vaccin renouvelable une fois par jour. Il est important de faire en sorte de ne pas traumatiser l'utérus et de veiller à ce que le liquide poussé très doucement puisse ressortir sans difficulté par le col afin de ne pas le laisser refluer dans les trompes. Ce souci de ménager la sensibilité utérine ne nous a pas permis encore de laisser à demeure une petite mèche introduite au moyen d'un porte-tampon lorsque l'ouverture du col le permet. Ce procédé pourrait, croyons-nous, être efficace, mais il demande beaucoup de prudence. Il faut se souvenir, avant tout, selon une règle de thérapeutique classique, qu'une muqueuse enflammée ne doit jamais être traumatisée.

On peut ajouter à ce traitement des injections intra-dermiques quotidiennes de vaccin en commençant par $1/4$ de cmc. et en allant jusqu'à 2 cmc.

Lorsque les trompes sont touchées il importe de faire un tamponnement profond avec plusieurs mèches de gaze comblant les culs-de-sac.

Nous avons employé cette technique qui nous a paru favorable mais comme beaucoup d'autres elle demande à être adaptée aux différentes manifestations de l'infection, aux diverses réactions propres à chaque malade.

Par exemple une muqueuse cervicale atteinte de métrite à un processus plus ou moins avancé pourra s'ulcérer et même saigner sous l'action du vaccin. Cet incident ne devra pas être une contre-indication car une fois cet épisode inflammatoire, dû à l'hypertrophie des glandes cervicales terminé, la desquamation de la muqueuse montre généralement un col d'aspect presque normal et ce sont les cas les plus favorables.

Nous nous sommes servis de filtrats de gonocoques purs pour toutes les gonococcies reconnues par le laboratoire. Pour les cas douteux nous avons employé les filtrats polyvalents contenant gonocoques, staphylocoques, entérocoques, colibacilles et pyocyaniques.

Pour certaines métrites gonococciques du col en bonne voie mais non complètement enrayées il y a intérêt à activer le traitement avec les filtrats polyvalents qui semblent tarir plus vite les sécrétions persistantes après disparition de la spécificité.

Ce qui importe surtout c'est d'appliquer cette méthode à l'exclusion de toute autre et avec autant de soin qu'en comporte la préparation des filtrats car l'association de différents traitements ou le manque de régularité et de précision dans l'application de celui qui nous occupe le vouerait fatalement à un échec.

TRAITEMENTS ADJUVANTS

Notons que s'il est indispensable de supprimer toutes injections, nettoyages, cautérisation des muqueuses afin de ne pas gêner l'action des vaccins en altérant la réceptivité des cellules, on peut parfaitement adjoindre à ce traitement vaccinal, pour en compléter l'action, la diathermie à l'aide de deux larges électrodes appliquées l'une sur la région lombaire, l'autre sur la partie inférieure du ventre ; cette méthode a quelquefois une excellente influence sur l'élément douleur lorsque la période aiguë est terminée.

L'hygiène générale, l'élimination des substances nocives qui sont nuisibles à l'économie et créent un état de moindre résistance, doit entrer, bien entendu, dans la catégorie des adjuvants de la méthode vaccinale.

OBSERVATIONS

Les observations personnelles qui suivent ont été recueillies à la Consultation de Gynécologie de Mme le Dr Francillon-Lobre dans le service du Professeur Gosset.

Les autres nous ont été obligeamment communiquées par Mme le Dr Francillon-Lobre et Mlle le Dr Palisse (1).

OBSERVATION 1 (Personnelle.)

Métrite cervicale. — Mme P..., 22 ans, vient à la consultation pour douleurs dans la fosse iliaque droite durant depuis 3 ou 4 mois.

Pertes blanc-jaunâtre, abondantes,
règles douloureuses,
état de dépression très marqué, amaigrissement notable.

Examen. — A l'examen : utérus rétroversé et élevé à droite, col très ulcéré, culs-de-sac souples, ganglions dans l'aîne droite.

Laboratoire. — Un prélèvement de sécrétions vaginales montre une desquamation cellulaire importante, mais pas de

1. Les analyses bactériologiques de nos malades ont été faites dans le laboratoire de M. Rouché, Chef de laboratoire à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière. Nous le remercions très cordialement.

gonocoques. Se basant sur des signes cliniques évidents, on institue le traitement par les filtrats : application locale de vaccin antigonococcique à demeure pendant 48 heures.

4.11.30. — Dès les premiers pansements les pertes semblent diminuer, mais le col reste très ulcéré, les douleurs ne diminuent pas, la malade est très fatiguée. Cependant les règles sont moins douloureuses. Le traitement est continué pendant 1 mois avec interruption au moment des règles.

11.12.30. — Grosse diminution des pertes qui deviennent moins jaunes ; col très amélioré. Etat général meilleur.

18.12.30. — Pertes presque nulles, mais col ulcéré, saignant ; le pansement n'est plus laissé à demeure que 24 heures.

3.1.31. — Le col est redevenu normal ; quelques glaires continuant à s'en échapper, on fait, trois fois par semaine, des instillations de vaccin dans le col.

10.1.31. — Col absolument sain, plus d'écoulement, mais la malade se plaint toujours de l'aine et continue à maigrir. Diagnostic radioscopique : appendicite probable ?

20.2.31. — Une radio du bassin montre un abcès froid. La malade est envoyée à la campagne.

OBSERVATION 2 (Personnelle)

Grosse métrite. — Mme G..., 23 ans.

Présente depuis 6 mois des pertes blanches, jaunâtres, abondantes qui déterminent une grosse fatigue générale.

Examen. — Petit utérus en bonne position. Grosse métrite. Flot de pus.

13.11.30. — Pansement au vaccin antigonococcique laissé à demeure pendant 48 heures.

18.12.30. — Un mois après le col est presque sain ; les pertes sont beaucoup moins abondantes et n'ont plus l'aspect

purulent du début. Revue à la fin de décembre, puis en février, la malade a très bon aspect, se déclare très bien portante, son col est absolument sain.

OBSERVATION 3 (Personnelle)

Métrite cervicale. — Mme L..., 34 ans. Ulcération du col utérin datant de 3 mois. Pertes blanches.

Examen. — Rétroversion mobile. Col métritique. Culs-de-sac souples.

Laboratoire. — Le prélèvement des sécrétions vaginales montre une flore microbienne abondante, une réaction inflammatoire marquée, pas de gonocoques visibles.

18.11.30. — Pansement au vaccin Bass polyvalent. Pendant un mois le col reste ulcéré, puis il devient saignant. L'application locale est suspendue pendant 8 jours, puis reprise, l'ulcération se nettoie.

28.12.30. — Une sorte de bourgeonnement annonce la cicatrisation.

12.1.31. — Revue 15 jours après la malade présente un col sain. On commence un traitement de massage pour la rétroversion.

OBSERVATION 4 (Personnelle)

Métrite cervicale. — Mme V..., 31 ans. Douleurs dans le bas-ventre. Rhumatismes intéressant la région lombaire et les articulations, en particulier les poignets.

Examen. — Rétroversion mobile. Gros col métritique. Pertes blanches abondantes.

Laboratoire. — Analyse des sécrétions vaginales. Réaction inflammatoire. Cocci et bacilles, gram négatifs. Diplocoques,

Gram négatifs en grains de café extra-cellulaires. *Gonocoques*.

24.11.30. — Pansements au vaccin Bass, renouvelés toutes les 48 heures pendant un mois. Injections intra-musculaires de 1/2 à 2 cmc. Au cours de ce traitement les douleurs diminuent, les pertes sont moins épaisses mais le col reste ulcéré.

18.12.30. — Col irrité, saignant. Interruption du traitement.

20.12.30. — Amélioration notable. Reprise du traitement.

23.12.30. — Les pertes sont arrêtées. Le col est presque normal.

La malade ne souffre plus et quitte la consultation se déclarant guérie. L'examen bactériologique est négatif.

OBSERVATION 5 (Personnelle)

Métrite salpingite. — Mme C..., 30 ans. Souffre du bas-ventre depuis 7 mois. Présente des pertes blanches épaisses, verdâtres. Lassitude, dépression.

Examen. — Utérus rétroversé, congestionné, sensible.
1° Col métritique ; 2° salpingite gauche.

Laboratoire. — Réaction inflammatoire marquée. Flore microbienne extrêmement abondante, surtout bacilles, gram positifs. Quelques inclusions suspectes : diplocoques gram négatifs intra-cellulaires sans disposition caractéristique : *Gonocoques probables*.

20.12.30. — Application de vaccin polyvalent (en raison de l'abondance de la flore microbienne) à demeure, renouvelée toutes les 48 h., tamponnement du cul-de-sac gauche.

24.12.30. — Amélioration immédiate. Pertes très diminuées. Empâtement du cul-de-sac gauche devenu presque insignifiant.

15.1.31. — La malade habitant aux environs de Paris et

se sentant beaucoup mieux ne doit revenir que si ses douleurs et ses pertes reprennent.

15.3.31. — Elle n'a pas été revue. Le dernier examen de laboratoire était négatif.

OBSERVATION 6 (Personnelle)

Vaginite. Urétrite. Métrite. — Mme S..., 28 ans. Vient consulter pour pertes blanches tachant le linge, brûlures à la miction et crises abdominales douloureuses disparaissant au moment des règles.

Examen. — On trouve un utérus rétroversé, un col métritique, des pertes abondantes et une muqueuse vaginale d'un rouge intense, extrêmement sensible et à l'intérieur de laquelle siègent des deux côtés de petites érosions saignantes qui rendent très pénible l'introduction du spéculum. On constate de l'urétrite et même de la péri-urétrite.

Laboratoire. — Quoique l'examen de laboratoire montre une desquamation cellulaire abondante, il n'y a pas de gonocoques, mais en présence de signes cliniques si nets la malade est soumise dès le 29 janvier au traitement des filtrats.

14.2.31. — Après une dizaine de pansements, les pertes sont très diminuées. Le col est mieux, mais la vulve reste très rouge et les mictions douloureuses.

26.2.31. — Après 6 autres pansements, la malade ne souffre plus, a repris son entrain et sa bonne mine. Sa vulve et son vagin ont une teinte normale, les érosions ont disparu. Le spéculum pénètre facilement. Les pertes sont presque nulles.

28.2.31. — La malade revient pour prendre congé se trouvant tout à fait améliorée comme état général et ne présentant plus rien d'anormal du côté de son utérus.

OBSERVATION 7 (Personnelle)

Grosse métrite. Arthrite. — Mme P..., 31 ans. Vient consulter le 25 novembre 1930 pour grosses pertes jaunes verdâtres, fatigue générale et amaigrissement. A l'examen, grosse métrite, col ulcéré. Douleurs articulaires dans les poignets. Un examen des sécrétions montre du gonocoque en petite quantité.

La malade est soumise aux pansements de filtrats polyvalents et aux piqûres du même vaccin, ses pansements demeurant en place 48 h. montrent, lorsqu'on les retire, un col très irrité, saignant. Le traitement est interrompu pendant 4 jours, puis repris et depuis très bien supporté. Dès les premières piqûres, les douleurs articulaires ont complètement disparu.

8.12.30. — Après une dizaine de pansements, les pertes sont nulles et la malade se dit transformée comme état général ; elle ne souffre plus, a engraisé de 3 kilos et n'a plus de sensation de fatigue.

23.12.30. — Elle quitte la consultation. Revue le 22 janvier, elle est toujours en excellent état. On ne trouve plus de gonocoques dans les sécrétions.

OBSERVATION 8 (Personnelle)

Métrite et salpingite bilatérale. — Mme C..., 21 ans.

29.10.30. — Douleurs dans le bas-ventre. Grosses pertes blanches.

Examen. — Utérus rétroversé. Salpingite bilatérale. Col congestionné.

Laboratoire. — Examen des sécrétions vaginales : Réaction inflammatoire légère. Présence abondante de cocci, gram

positifs et gram négatifs. Présence de diplocoques gram négatifs en grains de café sans disposition caractéristique, mais pouvant faire penser au gonocoque.

25.11.30. — Application de vaccin antigonococcique renouvelé toutes les 48 h. pendant 15 jours. Les pertes ne semblent pas diminuer. La malade fait une petite atteinte pulmonaire, est suspecte de bacillose et doit interrompre son traitement.

27.12.30. — Elle revient un mois après ayant été traitée pour bronchite du sommet déclarée non bacillaire. Sa leucorrhée abondante la fatigue. Ses culs-de-sac sont infectés. Elle est remise aux applications locales de vaccin Bass. renouvelées 3 fois par semaine.

3.2.31. — Ses pertes diminuent. Son col est normal, les culs-de-sacs souples. Etat général remonté et elle engraisse.

22.2.31. — L'amélioration se maintient.

OBSERVATION 9 (Personnelle)

Grosse métrite. — Mme D..., 21 ans.} Très bien portante jusqu'ici présente depuis des rapports datant de 2 mois de grosses pertes jaunes abondantes, quelques glaires, des douleurs à la miction. Elle est envoyée à la consultation par son mari qui ayant une orchite l'a engagée à se soigner. A l'examen, utérus en bonne position, col métritique, un flot de pus verdâtre avec grosse glaire sortant de l'orifice cervical.

22.11.30. — Devant ces signes cliniques et malgré un examen de Laboratoire négatif au gonocoque, on soumet la malade aux pansements de vaccin polyvalent et aux piqûres du même vaccin.

22.12.30. — Les pertes ont diminué, le col reste rouge, ulcéré.

14.2.31. — Après une interruption du traitement et une

nouvelle série de pansements de piqûres, la malade est très améliorée, mais le traitement ne peut être fait qu'une semaine sur deux seulement.

26.2.31. — Les pertes ont notablement diminué, le col est presque sain, mais la malade vient trop irrégulièrement pour que le résultat du traitement soit aussi favorable qu'il pourrait l'être.

OBSERVATION 10 (Personnelle).

Vulvo-vaginite. — Mlle W..., 18 ans.

En traitement depuis 3 ans environ pour grosses pertes blanches empesant le linge avec mictions douloureuses.

7.2.31. — Est soumise aux pansements et instillations de vaccin Bass.

10.2.31. — On remarque que la vulve est moins rouge mais les pertes persistent et le prurit est douloureux. On introduit avec précaution, l'hymen étant intact, une petite mèche imbibée de filtrat dans l'orifice vaginal à l'aide d'un porte tampon.

14.2.31. — Cette application ayant été mal supportée est supprimée. On se contente de faire une instillation de 2 cmc. de filtrat en soulevant le siège afin de laisser le vaccin séjourner un peu dans le vagin.

24.2.31. — La vulve est beaucoup moins rouge. La malade ne souffre plus à la miction et ses dernières règles ont été moins douloureuses.

26.2.31. — L'examen de laboratoire montre du diplocoque gram négatif sans disposition caractéristique (gonocoques probables).

28.2.31. — Pertes très diminuées. La vulve a repris sa couleur normale. Nouvelles instillations.

3.3.31. — Il n'y a plus aucune irritation ni pertes, les mictions sont normales. Le prurit a disparu.

5.3.31. — Quelques pertes légères sans irritation.

14.3.31. — Les pertes ont disparu. L'examen bactériologique est négatif.

OBSERVATION 11 (Personnelle).

Métrite. — Mme C..., 21 ans. Vient consulter pour des douleurs lombaires et des pertes blanches. A l'examen, utérus un peu rétroversé et dévié à droite. Col métritique. L'examen des sécrétions ne donne rien, le frottis étant insuffisant. Il ne peut être renouvelé, l'application des filtrats ayant été commencée en raison de la nature des pertes et glaires filantes, viqueuses et de l'aspect déchiqueté du col.

19.12.30. — Les premiers pansements sont peu encourageants, les pertes ne régressent pas et le col est saignant. Interrompu quelques jours, le traitement est repris le 18 janvier 31 avec succès immédiat.

Le 28 janvier, le col, la muqueuse ont repris un aspect presque normal. Les pertes sont inexistantes. La malade conserve des douleurs dues sans doute à sa rétroversion utérine. On lui conseille quelques séances de diathermie, mais elle ne peut revenir à la consultation.

OBSERVATION 12 (Personnelle)

Métrite cervicale. — Mme P..., 35 ans. Vient consulter pour douleurs et pesanteur dans le bas-ventre et grosses pertes verdâtres. A l'examen, on trouve l'utérus en position, un peu dur, fixé en avant. Le col est métritique.

Examen. — L'examen des sécrétions montre une flore microbienne, gram positive et gram négative, extrêmement abondante. Il n'est pas possible de discerner le gono.

30.1.31. — La malade est soumise au traitement du vaccin local en pansements renouvelés toutes les 48 heures et se trouve tellement améliorée au bout d'une dizaine de pansements qu'elle ne juge pas utile de revenir.

OBSERVATION 13 (Personnelle)

Grosse métrite cervicale. — Mme L..., 21 ans. Vient consulter le 10 janvier pour des douleurs dans le bas-ventre dont elle souffre depuis trois ans ; elle n'est réglée que depuis 2 ans, l'est régulièrement et se plaint de pertes glaireuses assez abondantes.

Examen. — A l'examen on trouve un petit utérus dévié à gauche, la trompe un peu sensible de ce côté. Le col est rouge, métritique.

Laboratoire. — L'analyse démontre une polynucléose très abondante, et la présence de formes en grains de café, extra-cellulaires (gonocoques).

2.2.31. — Après une dizaine de pansements au vaccin Bass et quelques massages qui ont redressé l'utérus, la malade tout à fait améliorée n'est pas revenue à la consultation.

OBSERVATION 14 (Personnelle)

Métrite et vaginite. — Mme L..., 48 ans.

Ayant subi en 1927 une sub-totale pour fibrome et salpingite bilatérale, a gardé des pertes blanches abondantes et qui provoquent des brûlures pelviennes.

4.11.30. — A l'examen. La région vulvaire est très enflammée et le prélèvement positif de gonocoques confirme le diagnostic clinique de vaginite gonococcique.

La malade d'abord soumise aux effluves est traitée aux

pansements de filtrats anti-gonococciques renouvelés toutes les 48 heures avec instillations vaginales.

Le 24 janvier, elle quitte la consultation tout à fait améliorée, gardant seulement quelques légères pertes blanches dans lesquelles l'examen bactériologique ne décèle plus de gonocoque.

OBSERVATION 15 (Personnelle)

Grosse métrite cervicale. — Mme F..., 30 ans. Est atteinte depuis 3 ou 4 ans de pertes blanches importantes accompagnées de douleurs abdominales et de brûlures à la miction. Ses règles sont douloureuses avec expulsion de membranes.

A l'examen on trouve un gros utérus dur, presque gibeux. Le col rouge, ulcéré présente un véritable ectropion. L'analyse du prélèvement est positive.

29.1.31. — La malade soumise immédiatement aux pansements de filtrats polyvalents a, dès les premières applications une diminution de ses pertes. Les douleurs continuant, on lui fait 15 séances de diathermie avec 2 plaques.

14.2.31. — Les pertes sont très diminuées, la rougeur du vagin n'existe plus, mais le col reste irrité. Après un mois de pansements aux vaccins, la malade est guérie de son écoulement. L'examen bactériologique est négatif.

OBSERVATION 16 (Personnelle)

Métrite et salpingite. — Mme R..., 34 ans, soignée depuis un an pour métrite et salpingite, souffre beaucoup du bas-ventre, a des pertes jaunâtres abondantes. Un état général déficient.

11.1.31. — A l'examen on trouve un utérus dévié à

gauche, un col irrité laissant sourdre des glaires qu'on détache difficilement. L'examen bactériologique montre du gonocoque. La malade est soumise aux pansements de filtrats toutes les 48 heures, et aux injections intradermiques de vaccins.

24.1.31. — Dès le 24, les pertes ont notablement diminué, mais la malade reste très déprimée et continue à souffrir, on la met au traitement des rayons I. R.

29.1.31. — Le 29, on trouve en enlevant le pansement un col sain et une absence totale de pertes et de glaires. La malade ne souffre plus et son état général est très remonté.

3.2.31. — Les douleurs que la malade attribue aux rayons I. R. ayant reparu, on supprime ce traitement.

14.2.31. — La malade revient pour surveillance et on constate que l'état local et l'état général sont excellents. L'examen bactériologique ne décèle pas de gonocoque. Revue le 25, la guérison persiste et la malade est soignée pour stérilité.

OBSERVATION 17 (Personnelle)

Salpingite. — Mme L..., 23 ans, vient consulter le 6 janvier pour des douleurs abdominales et d'abondantes pertes blanches épaisses et verdâtres.

A l'examen on trouve une rétroflexion fixée et de la salpingite légère à droite. Le col est ulcéré. L'examen des sécrétions est négatif au gonocoque, mais la malade qu'aucun traitement n'a amélioré jusqu'ici est soumise au traitement de filtrats polyvalents et à la diathermie.

25.1.31. — Après 12 séances de diathermie et 10 pansements aux filtrats polyvalents elle est très améliorée et n'est plus revenue à la consultation.

OBSERVATION 18 (Personnelle)

Salpingite bilatérale. — Mme S..., 32 ans, souffre depuis 3 ans, a été soignée pour salpingite 8 mois en 1928 et est en traitement de nouveau depuis l'année dernière. Elle a de grosses pertes blanc-jaunâtre. Mictions douloureuses. Etat général touché, amaigrissement notable.

Examen. — A l'examen : petit utérus, salpingite bilatérale subaiguë, col très ulcéré.

15.1.31. — Après une dizaine de pansements de vaccins polyvalents et de piqûres du même vaccin, la malade est transformée, a engraisé; ses pertes ont disparu. Il n'y a plus de gonocoque dans les sécrétions.

OBSERVATION 19 (Personnelle)

Grosse métrite. — Mme D..., 28 ans.

20.12.30. — Présente depuis son mariage une grosse métrite avec ulcération du col, pertes jaunes verdâtres et règles très abondantes. Fatigue générale, son mari a eu une orchite. L'examen bactériologique montre des diplocoques, gram négatifs (gonocoques).

7.2.31. — Après un traitement régulier de pansements et de piqûres intradermiques de filtrats polyvalents, la malade n'a plus de pertes et est considérablement mieux. Il n'y a plus de gonocoques dans les sécrétions.

26.2.31. — Elle part tout à fait guérie n'ayant plus de pertes des règles normales et un état général florissant.

OBSERVATION 20 (Personnelle)

Salpingite bilatérale subaiguë. — Mme S..., 32 ans, souffre depuis 3 ans du bas-ventre, a d'abondantes pertes blanches et jaunâtres. A été soignée pour salpingite gauche et un peu améliorée.

20.12.30. — Revient avec des douleurs augmentées, rendant presque impossible la station debout, amaigrissement considérable (a passé de 51 kgr. à 37 kgr. 600), ses mictions sont douloureuses.

A l'examen, grosses masses dans les culs-de-sac col ulcéré. Devant ces signes cliniques et malgré l'examen bactériologique négatif au gonocoque, la malade est soumise aux pansements de vaccins polyvalents. Une atteinte pulmonaire antérieure ne permet pas les injections intra-dermiques.

10.1.31. — Après une dizaine de pansements la malade est très améliorée, elle ne souffre presque plus, les culs-de-sac sont souples, les pertes très diminuées. Ses mictions sont normales.

13.3.31. — Soignée pour lésion du poumon gauche, la malade revient à la consultation, souffrant du ventre. On trouve à l'examen, un utérus petit, bien placé, un col sain, aucune trace d'annexite et les douleurs abdominales sont certainement dues à la bacillose.

OBSERVATION 21 (Personnelle)

Métrite. — Mme F..., 43 ans, est soignée depuis 4 ans pour métrite sans amélioration.

28.2.31. — Elle présente à l'heure actuelle un col métritique, de grosses pertes avec glaires.

Examen bactériologique. — Flore microbienne abondante, gram positive et gram négative avec prédominance d'un bacille, gram négatif (colibacilles). Présence de quelques diplocoques, gram négatifs en grains de café (gonocoques).

7.3.31. — Après quelques pansements de vaccins polyvalents, les pertes ont notablement diminué et le col est moins rouge.

14.3.31. — Il n'y a plus de pertes, ni glaires, le col est sain.

La malade se sent plus vigoureuse et quitte la consultation après un prélèvement négatif.

OBSERVATION 22 (Personnelle)

Vulvo-vaginite. — Mlle T..., 14 ans, vient consulter pour pertes blanches déjà anciennes, tachent son linge ; sa vulve est très rouge et le méat mitral enflammé. A l'examen bactériologique on trouve du gonocoque.

9.12.30. — La petite malade reçoit une piqûre intradermique de 1/4 cmc. de vaccin Bass (gonocoques) et on lui fait une instillation vaginale de vaccin à l'aide d'une seringue adaptée à une petite sonde en verre.

20.12.30. — La vulve est beaucoup moins rouge ; la jeune fille urine mieux.

20.1.31. — La jeune fille qui reçoit maintenant 2 cmc. de vaccin en injections intradermiques arrive à la consultation couverte de boutons qu'on attribue un moment à la réaction vaccinale car l'éruption a eu lieu de suite après la piqûre avec forte fièvre et vésicules. Mais, en réalité, il s'agissait d'une varicelle.

Revue après la maladie, la jeune fille présente encore quelques pertes et est remise au traitement des vaccins.

2.3.31. — Les pertes ont disparu. Les mictions sont normales. L'examen bactériologique est négatif.

OBSERVATION 23 (Personnelle)

Salpingite gauche. — Mme P..., 39 ans, souffre du bas-ventre depuis 8 ans et accuse des pertes blanches importantes.

Examen. — A l'examen, on trouve un utérus rétroversé, fixé à gauche et en arrière ; un empâtement considérable du cul-de-sac gauche, dont l'appréciation est très douloureuse. le col est métritique, de grosses glaires s'en échappent.

Laboratoire. — L'examen des pertes montre un fouillis microbien avec prédominance de diplocoque gram négatifs parmi lesquels on discerne difficilement le gonocoque.

13.3.31. — On institue le traitement par les vaccins en tamponnant le cul-de-sac gauche à l'aide de deux mèches de gaze.

7.3.31. — Les pertes ont diminué ; l'empâtement du cul-de-sac semble moins gros et surtout moins douloureux. On fait une instillation de vaccin à l'entrée du col.

14.3.31. — Les douleurs ont presque complètement disparu — les pertes sont en régression.

17.3.31. — La malade ne souffre plus et quitte la consultation avant qu'on ait pu refaire un examen bactériologique.

OBSERVATION 24 (Personnelle)

Métrite. — Mme L..., 25 ans, se présente à la consultation pour grosses pertes blanches, douleurs dans le bas-ventre, fatigue générale.

Examen. — Son utérus est rétroversé, elle a un col métritique mais rien d'annexiel.

Laboratoire. — Elle apporte un examen bactériologique récent positif au gonocoque. Un nouveau prélèvement montre un fouillis microbien avec grosse réaction inflammatoire, mais pas de gonocoques visibles.

Traitement. — Malgré la contradiction de ces deux examens et en raison de signes cliniques évidents, on fait à la malade des applications locales de filtrats polyvalents.

12.3.31. — Dès le 3^e pansement, les pertes ont diminué, le col est moins rouge.

19.3.31. — Il n'y a plus aucune rougeur du col, plus de pertes et la malade se dit en meilleur état général.

OBSERVATION 25 (Personnelle)

Métrite-salpingite bilatérale. — Mme M..., 27 ans, accuse des pertes blanches abondantes, des douleurs continuelles dans le bas-ventre même en dehors des règles qui sont très laborieuses.

Examen. — Utérus un peu attiré vers la droite, salpingite bilatérale. Col métritique avec de grosses glaires.

Laboratoire. — Fouillis microbien, gram négatif, grosse desquamation cellulaire, pas de gonocoques visibles.

13.1.30. — On fait à la malade des applications de filtrats (gonocoques) et des piqûres intra-dermiques toutes les 48 h.

29.1.31. — Les culs-de-sac sont moins empâtés, le col utérin reste gros, les pertes ont diminué.

3.2.31. — Les pertes blanches ont disparu, quelques glaires subsistent encore et le col reste irrité.

23.2.31. — La malade ne souffre plus, le col absolument normal. Les règles restent abondantes, on prescrit à la malade des piqûres de sistomensine, tout autre traitement

étant devenu inutile, elle quitte la consultation et n'y est pas revenue.

OBSERVATION 26 (Personnelle)

Métrites, salpingite, rhumatismes, articulaires. — Mme F..., 28 ans, se plaint de rhumatismes localisés au genou ; elle a de très fortes pertes blanches depuis plusieurs mois.

Examen. — On trouve un utérus rétroversé, dévié à droite, une grosse masse dans le cul-de-sac gauche, le col est très congestionné, ulcéré et laisse sourdre de grosses gouttes de pus verdâtres.

Laboratoire. — Fouillis microbien, gram positif et gram négatif sans qu'il soit possible de déceler le gonocoque.

Traitement. — On institue cependant le traitement aux filtrats (gono). Pansements locaux avec tamponnement du cul-de-sac gauche à l'aide de 2 compresses imbibées de vaccin, renouvelés toutes les 48 heures. Piqûres intra-dermiques de 1/2 cmc. puis de 2 cmc.

13.2.31. — Dès les premiers jours du traitement la malade accuse une diminution des douleurs du genou. Le col utérin est d'aspect moins congestif, mais le cul-de sac gauche reste douloureux et empâté.

28.2.31. — Après une dizaine de pansements on ne sent plus rien dans le cul-de-sac lésé ; les pertes sont presque nulles ; le col tout à fait sain ; les douleurs articulaires n'ont pas reparu.

OBSERVATION 27 (Personnelle)

Métrite. — Mme C..., 20 ans, vient à la consultation le 11.9.30 pour une leucorrhée durant depuis 6 ans et provoquant de l'irritation à la face interne des cuisses.

Examen. — Utérus bien placé, gros, globuleux, rien d'annexiel. Col très ulcéré, grosses glaires.

Laboratoire. — Fouillis microbien, gram positif et gram négatif sans gonocoques caractéristiques. Après 6 mois de traitements divers : injections de métritol, d'hydralin, pansements argyrolés, piqûres de gonagone, le tout sans amélioration, on met la malade aux pansements de vaccins.

12.2.31 (gono) toutes les 48 h.

3.3.31. — Les pertes sont nulles, le col presque sain, à part une petite érosion à l'orifice. La rougeur des cuisses a disparu.

OBSERVATION 28 (Personnelle)

Mme H..., 41 ans, se plaint de douleurs, pertes blanches, de règles trop abondantes.

Examen. — Utérus, gros, scléreux, congestif, grosse métrite.

Laboratoire. — Réaction inflammatoire. Pas de gonocoques visibles.

Traitement. — Injections salées, ovules au Lactéol, chloro-calcion, hémostatique Coudert, sistomensine.

5.2.30. — Après des mois de soins, la malade très améliorée au point de vue règles, conserve de la métrite qui cède à une quinzaine de pansement de vaccin Bass polyvalent.

OBSERVATION 29 (Personnelle)

Métrite. Légère annexite. — Mme R..., 30 ans.

9.10.30. — Est envoyée à la consultation avec le diagnostic de métrite chronique du col, gros utérus et petite annexite. Elle se plaint de ne pouvoir rester debout sans fatigue et accuse de grosses pertes blanches, jaunâtres

durant depuis 2 ans, accentuées le soir et 2 semaines avant les règles.

Examen. — Utérus fortement rétroversé. Annexes sensibles. Métrites.

Laboratoire. — L'examen bactériologique montre du gonocoque en petite quantité.

Traitement. — Après plusieurs traitements sans résultats :

18.1.31. — Application locale de vaccin Bass polyvalent.

24.1.31. — Pertes insignifiantes, col amélioré.

29.1.31. — L'amélioration du col se maintient mais il y a encore grosses glaires.

7.2.31. — Les glaires ont disparu. L'examen des annexes est presque insensible. La malade n'est plus revenue à la consultation.

OBSERVATION 30 (Personnelle)

Métrite. Vaginite. — Mme V..., 26 ans, vient consulter pour des douleurs lombaires, des pertes blanches et du prurit vaginal. Elle a subi une sub-totale il y a 4 ans.

Examen. — Métrite cervicale. Vaginite accentuée qui rend très douloureuse l'introduction du spéculum.

Laboratoire. — Réaction inflammatoire. Présence de diplocoques, gram négatifs (gonocoques probables).

Traitement. — Applications de vaccins (gono) sur le col et dans le vagin. Au bout de 10 pansements, la malade est tout à fait améliorée, n'a plus ni douleurs ni prurit et on ne trouve plus de gono dans ses sécrétions.

OBSERVATION 31 (Personnelle)

Salpingite bilatérale. — Mme S..., 23 ans, souffre depuis un an et demi de violentes douleurs abdominales et présente des pertes jaunes très abondantes. Elle n'a pas d'enfant et désire se soigner pour en avoir.

Examen. — Petit utérus en position normale, salpingite bilatérale, plus occlusion à gauche. Col ulcéré.

Laboratoire. — Un prélèvement de pertes révèle la présence de gonocoques.

Traitement. — Après quelques pansements de vaccins Bass (gono) un tamponnement dans les culs-de-sac et sur le col, la malade a beaucoup moins de pertes mais souffre toujours. On adjoint aux pansements des séances de diathermie et les douleurs disparaissent.

10.1.31. — Au toucher, les culs-de-sac, celui de gauche surtout, qui était cependant le plus atteint, est souple. Le col est normal, les pertes sont presque insignifiantes. L'examen bactériologique est négatif.

OBSERVATION 32 (Personnelle)

Métrite. Vaginite. — Mme F..., 38 ans. Avait été soignée et améliorée en 1928 pour appendicite, métrite et prurit vaginal intense. On lui avait enlevé par cautérisation de petits kystes à l'ovaire droit. Depuis les règles étaient devenues normales mais les pertes blanches continuaient.

22.12.30. — Est envoyée à la consultation par son médecin préconisant un fillos.

Examen. — On trouve de la vaginite et un gros col métritique avec glaires caractéristiques. La malade est très fatiguée.

Laboratoire. — L'examen bactériologique montre la présence de diplocoques gram négatifs en grains de café extracellulaires très suspects, gono probables.

Traitement. — La malade est mise aux pansements de vaccins (gono) et aux piqûres de ces mêmes filtrats.

29.1.31. — Grosse amélioration, pertes très diminuées, état général meilleur, sa vaginite est beaucoup moins douloureuse.

7.2.31. — Le col mieux, laisse encore échapper de grosses glaires. On fait une instillation de 2 cmc. dans le col.

12.2.31. — Plus de pertes ; une légère ulcération du col subsiste encore.

26.2.31. — Revue en parfait état local et général. L'analyse des sécrétions est négative.

OBSERVATION 33 (Dr Francillon-Lobre)

Endocervicite. — Mme P..., 30 ans.

En novembre 1928, jeune femme mariée depuis 7 ans, avait de l'endocervicite depuis des années, même avant son mariage. Elle a deux enfants, et l'un des deux enfants, une petite fille, a présenté un écoulement gonorrhéique. ce qui l'amène consulter pour elle-même.

Examen. — L'utérus est un peu gros, sensible, il n'y a rien aux annexes. L'écoulement contenant des diplocoques intra cellulaires, nous employons les piqûres et le vaccin local anti-gonococcique et nous faisons des applications de diathermie. La malade s'en va en janvier 1929 tout à fait guérie. On ne trouve plus de gono dans les sécrétions cervicales.

OBSERVATION 34 (D^r Francillon-Lobre)

Vulvite. Vaginite. — Mlle D..., 13 ans, atteinte de vulvo-vaginite est traitée par des instillations au vaccin Bass et des piqûres anti-gonococciques de janvier 1929 à mars 1929.

Nous la revoyons ensuite complètement guérie.

OBSERVATION 35 (D^r Francillon-Lobre)

Métrite et salpingite double. — Mlle B..., 23 ans, est atteinte depuis 5 ans de métrite double et salpingite double. Elle fait une saison à Salies de Béarn.

Examen. — En janvier 1929, l'utérus est augmenté de volume, les annexes sensibles.

Laboratoire. — L'examen des sécrétions montre des gonocoques, entérocoques, coli-bacilles, staphylocoques.

Traitement. — On lui donne deux injections vaginales par jour au perborate de soude et on lui fait tous les deux jours un pansement local avec le filtrat polyvalent et une injection intradermique du même vaccin.

En avril 1929, guérison complète.

OBSERVATION 36 (D^r Francillon-Lobre)

Métrite cervicale. — Mme G..., 21 ans.

En avril 1929, a fait, il y a 6 ans, une fausse couche, depuis, elle a de la leucorrhée et de la cystite.

Examen. — L'utérus est petit, en bonne position, les annexes n'ont rien, le col est étroit et il s'en échappe des glaires contenant des gonocoques.

Traitement. — Effluves cervicales pour dilater le col, pansements et piqûres aux vaccins polyvalents. Rayons ultraviolets.

La guérison étant complète nous avons pu faire tout de suite un lipiodol pour la stérilité.

OBSERVATION 37 (D^r Francillon-Lobre)

Vaginite. Urétrite. — Mlles M..., 4 et 6 ans.

En novembre 1929, sont atteintes d'écoulement leucorrhéique avec gonocoque depuis 6 mois, poussée aiguë.

L'une des sœurs, celle de 4 ans fait de la rétention d'urine qui oblige à laisser une sonde à demeure pendant 3 semaines.

On lui fait des piqûres de vaccin Bass et des instillations de vaccin dans le vagin.

Guérison complète en mars 1930.

OBSERVATION 38 (D^r Francillon-Lobre)

Métrite. — Mme Le T..., 29 ans.

En juillet 1929, vient nous consulter pour une perte de sang survenue 10 jours après ses règles.

Examen. — Pas de grossesse ectopique, mais écoulement cervical abondant contenant du gonocoque.

Traitement. — Traitement par le vaccin local polyvalent injection intradermique du vaccin anti-gonococcique. La malade revient nous voir après l'été, elle a l'utérus scléreux, un peu gros, avec des règles abondantes mais il n'y a plus de gonocoques dans les sécrétions cervicales.

Nous envoyons la malade à Salies de Béarn, elle revient nous voir en juin 1930 tout à fait guérie.

OBSERVATION 39 (Dr Francillon-Lobre)

Périmérite, salpingite. — Mlle D..., 29 ans, consulte en juillet 29 pour une leucorrhée à gonocoques ; après un traitement incomplet, la malade étrangère, part chez elle. Elle revient en novembre 30, avec des phénomènes abdominaux douloureux, de la périmérite, de la salpingite et de la métrite cervicale. On lui fait de la diathermie et des pansements locaux avec le filtrat. La malade très améliorée est à la suite d'imprudences reprise d'accidents aigus péritonite qui nécessite une intervention. L'incision abdominale montre une péritonite purulente sans lésions nécessitant l'ablation d'un organe. On se contente de drainer. Au cours de la convalescence, rechute avec température à 39, douleur à gauche, tumeur annexielle, grosse comme une orange. Écoulement abondant, on fait des pansements locaux et des piqûres au vaccin polyvalent, en 15 jours tout disparaît, la malade est complètement guérie de la salpingite et de l'écoulement.

OBSERVATION 40 (Dr Francillon-Lobre)

Gonococcie ancienne. — Mme G..., 33 ans.

Mars 30. — A depuis l'âge de 11 ans de la leucorrhée avec gonocoque.

Nous traitons cette malade par le vaccin local en pansement et sous la peau et nous constatons en février 31 que la guérison obtenue se maintient.

OBSERVATION 40 (D^r Francillon-Lobre)

Gonococcie ancienne. — Mme G..., 33 ans.

Mars 1930. — A depuis l'âge de 11 ans de la leucorrhée avec gonocoque. Nous traitons cette malade par le vaccin local en pansements et dans la peau et nous constatons en février 1931 que la guérison obtenue se maintient.

OBSERVATION 41 (D^r Francillon-Lobre)

Métrite, salpingite. — Mme Z..., 33 ans.

Mai 1930. — A fait une fausse couche il y a deux ans, depuis elle ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite.

Examen. — L'utérus est rétroversé et l'on sent à droite une masse comme une mandarine, assez douloureuse, due à une salpingite, le col est métritique.

Laboratoire. — L'examen bactériologique montre des gonocoques dans l'écoulement.

Le traitement local par les filtrats et les injections intradermiques de filtrat amène la guérison qui est complète au mois de juin 1930.

OBSERVATION 42 (D^r Francillon-Lobre)

Mlle P..., 24 ans, a de la leucorrhée depuis l'âge de 12 ans. Elle est bien réglée 5 jours par mois. Le toucher rectal ne révèle aucune altération des organes pelviens.

Nous faisons des injections sous-cutanées de filtrats et des instillations vaginales de filtrat polyvalent 3 fois par semaine.

Guérison en 3 mois.

OBSERVATION 43 (D^r Francillon-Lobre)

Bartholinite. — Mme O..., 30 ans.

15.11.30. — Présente depuis quelques semaines un écoulement vaginal abondant (gonocoque à l'examen) (le toucher ne révèle aucune lésion utérine et annexielle).

Traitement. — Pansement aux filtrats et injections sous la peau. Fin novembre on sent un ganglion dans l'aîne droite comme une noisette avec un cordon lymphangitique, une bartholinite se déclare qu'il faut inciser.

Les pansements au vaccin sont repris dès le surlendemain de l'opération ainsi que les injections sous-cutanées de filtrat, injections vaginales à l'eau bouillie.

10.1.31. — Un dernier examen des sécrétions du col ne permet plus de retrouver de gonocoques.

OBSERVATION 44 (D^r H. Palisse)

Mlle B..., Alberte, 27 ans.

Juin 1929. — Souffre depuis 6 mois du bas-ventre, à droite surtout. Il y a 3 semaines crises douloureuses aiguës avec fièvre (38°). Règles rapprochées abondantes, quelques pertes intermenstruelles depuis 3 ou 4 mois. Beaucoup de pertes blanches épaisses, jaunâtres.

Prélèvement. — Positif au gonocoque.

Examen. — Rétroversion, salpingite droite, rien à gauche, col rouge, glaires intra-cervicales.

Traitement. — 12 séances de diathermie v. a. l.; 12 pansements de filtrats polyvalents du D^r A. Bass. Les pertes cessent les premières, puis les douleurs. Au bout des 12 séances l'état de la malade est excellent.

OBSERVATION 45. (Dr H. Palisse)

Mlle K... Tatiana, 5 ans 1/2.

Novembre 1929. — Brûlures en urinant, vulve très enflammée, pertes très abondantes, jaunâtres.

A l'examen : vulvo-vaginite aiguë.

Prélèvements : gono extra et intra-cellulaire en abondance (contamination scolaire, plusieurs fillettes en étaient atteintes).

Traitement. — 10 ampoules de filtrat antigonococcique en injections quotidiennes faites le soir par la mère, avec une sonde de Nélaton, et en compresses imbibées de filtrat recouvrant la vulve. Les pertes diminuent rapidement et cessent complètement, seule la rougeur de la vulve persiste et cède à son tour avec des attouchements picriqués. On fait alors un prélèvement avec difficulté, la vulve étant nette de toute perte blanche. On ne trouve pas de gonocoques à 3 examens différents.

Octobre 1930. — Légère rechute : quelques gonocoques. 5 ampoules de filtrat remettent en parfait état la malade qui n'a pas eu de pertes depuis.

OBSERVATION 46 (Dr H. Palisse)

Métrite et salpingite. — Mlle B..., 25 ans.

Novembre 1929. — Métrite gono et salpingite bilatérale dominant à gauche. Opération conservatrice en raison de l'âge de la malade et de son désir d'avoir des enfants. Ablation de la trompe gauche, qui présente une salpingite suppurée, la trompe droite n'est qu'enflammée.

Un mois après l'intervention, la malade est traitée par la diathermie et les filtrats antigonococciques en pansements.

Dix séances de diathermie et 10 pansements la rétablissent presque complètement. Pas de douleurs de la trompe droite, peu de pertes ; pas de gono aux examens répétés ; l'état général est très amélioré. Reprise de 6 séances de diathermie et pansements aux filtrats polyvalents.

En mars 1930 une légère rechute, quelques pertes (sans gono) et sensibilité de la trompe droite. Aucune récurrence depuis.

OBSERVATION 47 (D^r H. Palisse)

Mlle Z..., 7 ans.

Janvier 1931. — Vulvo-vaginite gono par contamination domestique. Soignée sans succès depuis un an par vaccin anti gonococcique sous-cutané.

Après 10 instillations de filtrat antigonococcique et 10 de polyvalent, les pertes sont presque taries et l'examen ne révèle plus de gono, l'inflammation a disparu.

Un mois après ce bon état persiste, pas de gonocoques. une petite glaire seulement de temps en temps.

L'état général de l'enfant qui avait été altéré par cette infection redevient excellent.

Il nous paraît utile de noter que chaque fois que pour une raison quelconque nous avons dû interrompre le traitement des malades soignées par la méthode vaccinale, les symptômes infectieux ont reparu, cédant ensuite nettement et immédiatement à la reprise de la thérapeutique.

CONCLUSIONS

Les nombreuses expériences et travaux du Professeur Besredka ayant démontré que l'organe qui est le siège parfois unique de l'infection est aussi le lieu d'élaboration de l'Immunité,

Que l'immunité naturelle est la conséquence d'un état réfractaire local,

Que l'immunité acquise par tout l'organisme dans certaines maladies se réduit à l'acquisition d'une immunité locale,

Les vaccins que l'on utilise au cours d'une maladie déjà déclarée, ont donc pour effet de saturer l'affinité que les cellules respectives encore indemnes, éprouvent pour les virus, de les désensibiliser et d'annuler ainsi les effets d'un germe même très virulent.

La vaccinothérapie par la peau et les muqueuses a ainsi trouvé des applications extrêmement nombreuses dans la pathologie humaine.

On peut maintenant ranger parmi celles-ci, grâce au vaccin préparé par Mlle A. Bass, selon la méthode du Professeur Besredka, la gonococcie.

Cette infection qui est à la base de la plupart des maladies inflammatoires de l'appareil génital de la femme étant parmi les plus rebelles et passant si faci-

lement à la chronicité, il y a tout intérêt à la traiter dès le début afin d'éviter d'en arriver aux interventions mutilantes.

Sans négliger les renseignements du laboratoire il faut pourtant se souvenir que la plupart ne fournissent qu'un élément de probabilité et que le diagnostic repose essentiellement sur l'ensemble des signes cliniques.

En ce qui concerne l'affirmation de la guérison, lorsque celle-ci coïncide avec une analyse négative, on peut conclure en faveur du traitement et considérer comme favorables les éléments de pronostic.

Cette vaccinothérapie locale qui doit être appliquée avec une technique minutieuse, patiente et persévérante condition indispensable du succès de la méthode, nous a permis de guérir des métrites, des salpingites, des vulvo-vaginites, tous, cas particulièrement rebelles à la rétrocession, dans un délai qui varie de 15 jours à 6 semaines selon le degré d'ancienneté de l'affection et dont la plupart étaient des gonococcies avérées, contrôlées par le laboratoire.

Ces résultats très encourageants nous font estimer avec le D^r A. Bass que cette méthode est actuellement le traitement de choix de l'infection gonococcique.

Nos essais ont été faits à l'aide de stock vaccins mais nous avons la conviction que les résultats seraient encore meilleurs avec des auto-vaccins dont l'inconvénient en raison de leur préparation longue et délicate serait d'intervenir un peu tardivement.

On peut cependant commencer le traitement avec

le stock-vaccin et le continuer ensuite avec l'auto-vaccin après un minimum de préparation qui nécessite 7 jours d'étuve.

Notre travail ne comporte pas autant d'observations que nous l'aurions désiré et le choix en est peut-être restreint, mais il est fait exclusivement d'éléments recueillis à la consultation de Gynécologie de la Salpêtrière (Service du Professeur Gosset).

Cette thérapeutique, encore à son début, n'a pas fait toutes ses preuves.

Nous avons l'espoir, en l'appliquant plus largement, et surtout en pénétrant plus intimement le mécanisme de l'immunité locale d'en voir s'étendre les bienfaits.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la thèse,
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux du professeur Besredka.

- Besredka.* — Immunité générale par immunisation locale (Bull. Inst. Pasteur, XX, 1922, p. 373-513).
- De la vaccination locale (Paris Médical, 1922, p. 496).
 - Etude sur l'immunité locale (Soc. de Biol., 19 mai 1923).
 - Etude sur l'immunité locale, le pansement anti-streptococcique (Soc. biol., 10 nov. 1923).
 - Le pansement staphylococcique (Soc. biol., 2 juin 1923).
 - Pansements spécifiques, étude sur l'immunité locale (Ann. de l'Inst. Pasteur, XXXVIII, 1924, p. 565).
 - De l'immunité locale, cuti-vaccination et pansements spécifiques (Presse médicale, n° 56, 12 juillet 1924).
 - De l'immunité locale, cuti-vaccination et pansements spécifiques (Presse médicale, n° 56, 12 juillet 1924).
 - De l'immunité locale (Bull. Inst. Pasteur, 31 mars 1924).
 - De l'immunité locale, cuti-vaccination spécifique (Presse médicale, 1924, p. 585).
 - De l'immunité locale (Bull. Inst. Pasteur, 15 avril 1924).
 - Immunisation locale, pansements spécifiques, 1 vol. Paris, Masson, 1925.
 - L'immunité locale et ses applications pratiques (Presse Médicale, 27 octobre 1926, p. 1345).
 - Vaccination locale (progress de la Clinica, XXXIV, 1926, p. 385).
 - L'immunisation locale et ses applications pratiques (Presse médicale, octobre 1926-1927).

- Anti-virusthérapie, 1 vol. Paris, Masson, 1930.
- Desanti-virus (Sonderabdruck aus der schweig. Med. Woch., 1929).

Besredka et Urbain. — Anti-virusthérapie.

- Etude sur l'immunité locale. Le pansement anti-streptococcique (C. R. Soc. de Biol., LXXXIX, 1923, p. 410).

Bass (A.). — Essais de vaccino-thérapie par voie cutanée (C. R. de Biol., 89, 2 juin 1923, p. 9).

- De la vaccinothérapie au moyen des pansements d'origine microbienne (C. R. soc. de biol., 89, 2 juin 1923, p. 287).

Bass Soupault et Drouet. — Des pansements anti-microbiens dans la pratique humaine (P. M., n° 5, janvier 1924).

Bass (A.). — Anti-virusthérapie dans les infections à gonocoques (Presse médicale, nov. 1930, p. 1537).

Averill. — Clinical observations on local immunisation (Northwest Médecine, July 1927, n° 7, vol. XXVI).

Armstrong. — Studies on the nature of the immunity réaction (Soc. H., 13, XCVIII, 1925, p. 525).

Auburtin. — Les principes de la vaccinothérapie (Progrès Médical, n° 20, 14 mai 1921).

Basset et Poincloux. — La vaccination régionale par la porte d'entrée. Son application au traitement des salpingites (Presse méd., n° 24, 22 mars 1930).

Bazy. — La vaccination pré-opératoire (Progrès médical, 1925).

Bier. — Immunatät durch Befruchtung (Munchen Med. Woch., LXXI, 1924, p. 491).

Billard. — Phylaxie non spécifique et immunité spécifique. (C. N. Soc. de Biol., XLVI, 1926, p. 503).

Blumenthal (F.). — Valeur clinique du séro-diagnostic de la gonococcie (Deutsch. Med. Woch., t. LVI).

- Bolle.* — Aktive Immünisierung und Schutzimpfung (Cent. Bl. p. Bak. orig., CIV, p. 90).
- Bordet.* — Les aspects actuels du problème de l'immunité (Bruxelles Med., VII, 1927, p. 1551).
- Bourlakoff (J.-G.).* — De l'immunisation locale dans les affections gynécologiques. Wratchedorw Diéto, 1925.
- Breisel.* — Betrachtungen über die Immunität bei unigen arkrankungen mit ultravisiblem (Errager. Deut. Med. Woch., L. I, 1925, p. 264).
- Buerera.* — Die entzündlichen Erkrankungen des weibliche Geschlechtsorgans, ihr wesen, ihre Erkennung und Behandlung Vienne, 1930.
- Cappelli.* — Espressioni cliniche dell' immunita cutanea (Gior. Ital di dermat. et sif., LXVIII, 1927, p. 3).
- Chaurant.* — Le vaccin antigonococcique de Nicolle et Blaizot, travail de l'Inst. Pasteur de Tunis.
- Chorine.* — Sur la spécificité de l'immunité acquise chez les insectes (C. R. Soc. Biol., XLVII, 1927, p. 1395).
- Conte.* — L'immunisation locale (Médecine Internat., nov 1927, p. 438).
- Combrisco et Popesco.* — Recherches sur le mécanisme de l'immunité dans la vaccination par la voie cutanée chez le cobaye (C. R. Soc. de B., 1924, XCI, p. 484).
- Constantin (N.) Abróisatos.* — Un grand initiateur-hellène de la vaccination au XVIII^e siècle (Presse Méd., 24 déc. 1930).
- Danilewich.* — Le traitement des affections gonococciques par vaccin et sérum (The urologie and cutaneous Reviews., avril 1920).
- David.* — Etat actuel de la vaccination antégonococcique (L'Hôpital, avril 1924).
- Denes (G.).* — Filhati alla Besredka e flusso vaginale (Therapia, déc. 1927).
- Delater.* — De l'immunisation locale à l'immunité générale (Pr. méd., 1924, p. 3).
- De l'immunisation locale à l'immunité générale. Tendances modernes à expliquer l'infection et

l'immunité par un processus de réactions localisées.
Vaccination locale (Pr. méd., 2 janvier 1922).

Eisler und Lehdorff. — Ein Modifiziertzsantivirus (Wien. Woch., 1927, X4).

Ferry et Fisher. — Studies of the immunizing properties of bacterial antigens prepared after various (Methods II Brit. Yvern Exp. Pathol., V 1924).

Flexner. — General considerations regarding serum and vaccine therapy (J. am. med. ass., LXXXVI, 1921, p. 33).

Flening. — Vaccinotherapy in regard to general practice (Brit. Med. J., 1921, I, p. 253).

Gay. — On local and general immunity (J. Immunol., janv. 1923).

— Local resistance and local immunity to bactérie (Phis. Rev., IV, 1924, p. 191).

— The function of tissues in immunity (Transact. Assoc. amer. Phys., XLI, 1926, p. 262).

Gay et Clark. — Clasmatoocytes and passiuue immunity to streptococcus infection (J. Infect. dis., XXXVI, 1929, p. 233).

— A comparaison of indifferent substances and specific antigen un oriducing local streptococcus infection (Proceed Soc. Exp. Biol. et Med., XXVI, 1926, p. 20).

Gerny. — Contribution à l'étude de la cuti-immunisation (Ann. Inst. Pasteur, XXXVIII, 1924).

Goldenberg et Panisset. — L'évolution des idées sur l'immunité et les progrès de la thérapeutique par les vaccins et les sérums (Paris méd., 1925, p. 1, IV).

— La peau comme organe autonome. Les réactions à l'égard des infections et de l'immunité (Progrès Méd., 1928, p. 7).

— L'immunité locale (Prog. Méd., janv. 1926, p. 7).

— Contribution à l'étude de l'immunité locale (C. R. Soc. de Biol., XCIII, 1925, p. 1476).

- Un nouveau moyen de la vaccination locale, l'ovule-vaccin (Progrès Méd., 7 déc. 1926).
- Goodall.* — Vaccination by subcutaneous injection (Lanc., 1919, p. 285).
- Grain (E.).* — Mastoïdites et anti-virusthérapie (Pr. Méd., 10 déc. 1930).
- Grimberg.* — La vaccination antibleunorragique (J. de Méd. Paris, 4 fév. 1922).
- Gratia et Rhodes.* — Production d'anticorps bactériolytiques et hémolytiques par la voie cutanée (C. R. de Big., XCI, 1924, p. 797).
- Groer.* — Die Haut als Schutz und Immunitätsorgan (Klin. Woch., VI, 1927, p. 97).
- Guillaume.* — L'immunité totale (Bull. méd., 10-13 févr. 1926, p. 169).
- Guillaume (A. G.).* — Les toxémies et la peau (Bull. méd., 13 fév. 1926).
- Haibe.* — A propos de l'immunité locale (C. R. Soc. de biol., XCIV, 1926, p. 10.436).
- Hauduroy.* — Quelques remarques sur la vaccination et la vaccinothérapie (Bull. méd., 1923, p. 1275).
- Jahûl et Pétetin.* — Colibacilluries d'origine digestive. Traitement par antivirusthérapie local.
- Janet.* — Diagnostic et traitement de la blennorragie.
- Jonescu-Miliaesti.* — Local passive immunity against anthrax infection (Proc. soc. Exp. Biol et méd., XXII, 1922, p. 110).
- Jausion et Diot.* — Les pansements locaux à la gélose vaccinée (C. R. Soc. de Biol., XCIII, 1925, p. 1495).
- Jansion Vancel.* — Les pansements biologiques par les gèlo-vaccins (Pr. méd., 1926, XXXIV).
- Jeanbrau.* — De l'utilité de l'autovaccination pré-opératoire dans les opérations conservatrices pour lithiase rénale et orchite infectée (Pr. méd., 1^{er} nov. 1930, p. 1488).
- Jelin.* — Zur Frage über den Mechanismus der natürlichen (Immunität centralbl. F ; Backterirol., XCVIII ong 1926, p. 86, 354, 411).

- Kissing et Basilewsky*. — Expériences d'immunisation locale de la cornée d'après la méthode de Besredka (J. de Microbiol. russe, II, 1926, p. 253).
- Klukhine*. — De l'immunité locale et de son mécanisme (C. R. Soc. de Biol., XCVI, 1927, p. 53).
- Koulikoff*. — Equilibre ionique et immunité (C. R. Soc. Biol., XCVII, 1927, p. 516).
- Kuhle*. — Ueber Vakzineimmunität (München Mod Woch, LXXXI, 1924, p. 1719).
- Ledingham*. — Some problems of natural immunity and prophylaxie (J. Stat. mod., XXXIV, 1926, p. 2).
- Lasseigne*. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie intra-utérine dans l'injection puerpérale. Thèse de Montpellier, 1924.
- Legendre*. — Contribution à l'étude du vaccin antigonococcique de Nicolle. Thèse Alger, 1914.
- Le Breton*. — Auto-vaccination dans la blennorrhagie (J. d'urol., 1921).
- Le Für*. — De la vaccination en urologie spécialement dans la blennorrhagie. Doin éd., 1922.
- Sur le vaccin anti-gonococcique (Bull. Méd., mars 1922).
- Vaccinothérapie et sérothérapie dans la blennorrhagie et ses complications (La Clinique, mai 1923).
- Leguen*. — Vaccinothérapie antigonococcique (La Clinique, juin 1914).
- Lévy-Solal et Simard*. — Traitement précoce de l'infection puerpérale au moyen de pansements spécifiques (Presse Méd., 22 juillet 1928).
- Lyon*. — Ce que tout médecin doit savoir de la vaccinothérapie (Bull. Méd., 5 août 1922).
- Manwaring*. — The basis concepts of immunology (J. Immunology, XII, 1926, p. 177).
- Maletterre*. — Traitement de la blennorrhagie par les sérums et les vaccins. Thèse de Paris, 1912-1913.
- Maltête*. — Essais de vaccination anti-gonococcique de l'Institut de Paris. Thèse Bordeaux, 1921-1922.

- Marsan.* — La vaccinothérapie, et la sérothérapie antigonococcique (L'Hôpital, janv. 1922).
- Métalnikoff.* — Phagocytose et réaction des cellules dans l'immunité (Ann. de l'Inst. Pasteur, XXXIX, 1925, p. 22).
- Métalnikoff et Toumanoff.* — La phagocytose de la réaction des cellules dans l'immunité locale (Ann. de l'Inst. Pasteur, XXXIX, 1925, p. 22).
- Métalnikoff et Sereteva.* — L'immunité en tant que réaction de réaction (C. R. Soc. de Bio., XCIV, 1926, p. 552).
- Mornard.* — De la vaccination pré-opératoire (Paris Chirurgical, 1927, p. 127).
- Nicolle et Blaisot.* — Un vaccin antigonococcique (J. d'Urologie, décembre 1912).
- O'Brien.* — Certain practical aspects et immunity (British méd. J., 1927, II, p. 975).
- Parisot et Simonin.* — Etude sur la vaccinothérapie par les auto-vaccins (Revue de Méd., n° 7, 1922).
- Philippeau.* — La vaccination locale. Essai de traitement des métrites et blennorragies par les injections intra-utérales de vaccin anti-gonococcique (Thèse de Paris, 1924).
- Plotz.* — Rôle de la peau dans l'infection et l'immunité charbonneuse (Ann. de l'Inst. Pasteur, XXXVIII, 1924, p. 169).
- Pierra.* — La vaccinothérapie en gynécologie (Revue générale de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord et des Colonies, 1^{er} mars 1929).
- Poincloux et Weissmann.* — La vaccination régionale. Son application au traitement des salpingites (C. R. Soc. Biol., 23 juin 1928).
- La vaccination régionale. Son application au traitement des métrites (C. R. Soc. Biol., 30 juin 1928).
- Ramon.* — Réflexes conditionnels et immunité antitoxique (Soc. de Biol., séance 28 juill. 1928).
- Ravina.* — Thérapeutique de l'infection puerpérale par les

pansements intra-utérins au filtrat de cultures de streptocoque. Thèse de Paris, 1926.

Renaud. — Le problème de l'immunité locale (Bruxelles méd., sept. 1928, p. 1433).

Renaud-Badet. — Etat actuel de la vaccination antigonococcique (J. d'Urologie, 1921).

Rivalier. — Recherches expérimentales sur l'infection et l'immunisation par voie eutanée. Etude critique de l'immunité locale. Thèse de Paris, 1924.

Richard. — La vaccino-thérapie et le gonocoque (J. d'Urologie, 1921, mai et juin).

Rivière et Tillet. — Local passive immunity in the skin rabbits to infection (J. Exp. med., XLI, 1925, p. 185).

Roux. — A propos des vaccins anti-gonococciques (C. R. Ac. des Sciences, 1914).

Rosenthal. — Bactériophage ou anti-virus (Presse médicale, 24 mai 1930).

Salle. — Sérothérapie et vaccinothérapie de la blennorrhagie. Thèse de Lyon, 1913.

Salazar. — Inmunidad local (E. Siglo médico Madrid, 22 de Enero 1927, p. 73).

Sezary. — Conditions de la vaccinothérapie antigonococcique (Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 8 avril 1921).

— Remarques sur la vaccinothérapie antigonococcique (Progrès méd., 14 mai 1921).

Sleinberg. — Méthode de l'immunisation active dans la gonococcie (J. Akouch, , 1912).

Sobernheim. — Gewebsimmunat und humorale immunitat (Schweiz med. Woch., LVI, 1926, p. 588).

Tant et Duray. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans le traitement de la blennorrhagie (Bruxelles médical, 27 mars 1924, p. 615).

Tron. — Ueber Anwendung des antivirns nach Besredka bu Postgeburts Brankheiten (J. de microbio, 1926, p. 254, II).

Turro et Domingo. — Les anti-corps locaux dans les immu-

nités locales (C. P. Soc. de Biol., 17 fév. 1923, p. 87, 410).

Wollmann. — Sur le rôle de la peau dans l'infection et l'immunité charbonneuse (C. R. Soc. de Biol., XCII, 1925, p. 127).

Wright. — Vaccinothérapie (Brist. Med. J., 1900-1901).

— Principes et emploi de la vaccinothérapie. Comm. à la Soc. Roy. de Londres, 1903.

— Studies in immunation. Constable. London, 1909.

Wright et Colebrock. — New principles in thérapeutic inoculation (Ann. Inst. Pasteur, XXXVII, 1923).

Zoeller et Manoussakis. — Toxine streptococcique et immunité locale (C. R. Soc. de Biol., XCIII, 1925, p. 24).

Zoeller et Ramon. — De l'Influence des facteurs non spécifiques dans l'apparition et le développement de l'immunité anti-toxique (Bull. Soc. Méd. des Hôp., 3^e S., L, 1926, p. 1370).

— Les vaccinations par voie nasale (Presse méd., 27 août 1927).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	13
AVANT-PROPOS.....	15
CHAPITRE PREMIER. — La vaccination locale en gynécologie.....	17
CHAPITRE II. — Diagnostic de la gonococcie chez la femme.....	19
CHAPITRE III. — Le vaccin antiblennorragique A. Bass.	23
CHAPITRE IV. — Préparation du vaccin Bass.....	25
CHAPITRE V. — Mode d'emploi du vaccin Bass.....	27
OBSERVATIONS.....	31
CONCLUSIONS.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	64

